

FORMULAR
pentru cetățenii străini care beneficiază de asistență medicală
în România în baza acordurilor

Secția	Numele și prenumele	CNP/Seria pașaportului	Domiciliul (țara/orașul)	Perioada de internare	Durata spitalizării	Tarif/zi/secție	Serviciul medical/urgente	Suma totală
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Nota :

Formularul se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizorul de servicii medicale iar celălalt se depune la Casa de Asigurări de Sănătate de către reprezentantul legal al unității sanitare până la data de _____